



おはなほいくえん 問診票

入室時間（スタッフ記入）： 時 分

年 月 日（利用 日目）	こども氏名：		
お迎え時間	時 分（お迎えに来る方： ）	※予定より前後する場合はご連絡ください	
緊急連絡先	①	②	
明日のご利用	無 ・ 有（登園時間： 時 分）		
アレルギー	無 ・ 有（ ）		
熱性けいれん	無 ・ 有（ 歳 回）	※けいれん予防坐薬の使用 無 ・ 有（ 月 日 時）	
主な症状			
前日の体温	最高	°C（ 時 分）	
今朝の体温		°C（ 時 分）	
解熱剤の使用	無 ・ 有（ 時 分）		
朝の薬	飲んだ ・ 飲んでいない		
睡眠時間	時 分 ～ 時 分	よく眠れましたか？ はい ・ いいえ	
		普段、午前睡はしますか？ はい ・ いいえ	
朝食	食べた物：		
	飲み物：水（ ml） お茶（ ml） 牛乳（ ml）		
	その他（ ）		
	ミルク（ ml） 最終哺乳（ 時 分）		
食欲	普段と比べて	普通 ・ 半分 ・ 少量 ・ 食べられず	
給食の希望	普通食 ・ 病児食（うどん）		
	離乳食（中期 ・ 後期 ・ 完了期） ・ ミルク（ ）		
	食事のことで伝えておきたいこと（例：乳製品や揚げ物は控えてほしい、好き嫌いが多い等）		
排尿	今朝	無 ・ 有	
排便	最終	月 日 時	
	普通便・軟便（ 回） ・ 泥状便（ 回） ・ 水様便（ 回） ・ 硬便		
排泄の状況	トイレ ・ オムツ（ 終日 ・ お昼寝の時のみ）		
スタッフに伝えておきたいこと			